

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
十(10)歲兒童資格期滿通知書
NOTIFICATION OF AGE TEN (10) ELIGIBILITY EXPIRATION

日期： _____

法定代表之姓名與地址

請在此處折疊，並使地址能在地址窗顯露。

事關：十(10)歲兒童資格期滿通知書

對於大部份兒童，其獲得發展殘障服務處(DDD)服務的資格條件將在兒童年滿十歲時有所改變。將對您的孩子進行資格覆審，以便根據適用於十歲及十歲以上兒童的資格條件規定來確定其是否仍符合資格。

要保持其資格，接受發展殘障服務處服務者必須在其年滿十 (10)歲之前重新申請，並接受資格覆審，以確定其是否因患有下列症狀之一而符合資格：智障、腦麻痺、癲癇、孤獨症、另一種神經病學方面的症狀或類似於智障的其他症狀。

我們已隨函附上「必須提交的證明文件」表單，向您說明進行重新審定都需要哪些手續。

要辦妥資格審定手續：

- 完整填寫並簽署隨附的「資格審定請求書」及「同意書」。
- 倘若您想請本處派人去取這些必要的資料，請務必包括所有服務提供者的姓名、地址和電話號碼。
- 請用隨附的寫有地址的回郵信封將這兩份表格寄回給本處。

請儘快回覆。如果本處得不到您的回覆，我們將假定您不希望繼續保持獲得發展殘障服務處服務的資格。如果您不提交必要的證明文件，以證實您的孩子患有符合資格的病症，您孩子的資格及其從本處獲得的服務均將在其十(10)歲生日當天終止。

如果您有任何疑問，請打電話給 _____ 電話號碼是 _____。

也可從網上獲取相關資料，以便瞭解州府就資格條件所制定的條例（華盛頓州行政法規第388-823條規定），網址是 <http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml>。

此致

姓名

電話號碼

電子郵址

副本送交： 個案當事人
 法定代表
 個案當事人檔案

隨附件：「必須提交的證明文件」表單
 同意書
 發展殘障服務處資格審定請求書
 說明冊
 保護隱私權通知書

必須提交的證明文件

殘障症狀	診斷	診斷者	其他記錄
智障	智障 或者 智力低下綜合症	持照心理學家或領有合格證書的學校心理學家 持照醫師	心理測試及全面智商測試分數
腦痲痺	腦痲痺 四肢痲痺 偏癱 兩側痲痺	持照醫師	於三歲之前發作 評測資訊，包括大小便、洗澡、吃飯、穿衣、活動能力或溝通方面所需的身體上的協助
癲癇	癲癇或 癲癇發作症	考取醫學專科委員會證書之神經病專科醫生	根據病史及神經病學測試所作出的診斷 經醫師或神經病專科醫生確診為無法控制的、持續性的或反覆性的癲癇發作症
孤獨症	孤獨症或孤獨病症 根據DSM-IV-TR之299.00	有資格參加醫學專科委員會考試之神經病專科醫生 有資格參加醫學專科委員會考試之精神病醫師 持照心理學家 考取醫學專科委員會證書之兒科醫生（兒童發展與行為）	DSM IV 診斷標準 於三歲之前就患有發育遲緩或功能異常，範圍包括社會交往、語言、溝通技能，或者象徵性質或想像性質的遊戲。
另一種神經病學方面的症狀	中樞神經系統受損	持照醫師	全面智商測試分數 評測資訊，包括大小便、洗澡、吃飯、穿衣、活動能力或溝通方面所需的身體上的協助
其他症狀	一種症狀或失調，已確定會造成智力及適應技能方面的缺陷，並且起因於一種神經病學方面的症狀、中樞神經系統失調，或者染色體病。	持照醫師或持照心理學家	全面智商測試分數 學業進展遲緩的證據
重症加護醫療 (至17歲為止)	不相關	不相關	接受社會福利服務部加護醫療計畫服務的資格

請注意：此證明文件是資格審定的第一步。發展殘障服務處有可能要求提供其他資訊或進行其他評測